

Grèce

Santé et éducation : victimes des politiques d'austérité

*Christina KARAKIOULAFIS **

La crise financière mondiale de 2007 et la crise économique qui a suivi à partir de 2008 se sont avérées « fatales aux précaires équilibres grecs » et n'ont fait qu'accentuer des problèmes existants, tels que les niveaux élevés du déficit et des dépenses publics (Coriat, Lantenois, 2011:6). Pour affronter la crise de la dette, les gouvernements qui se sont succédé au pouvoir depuis 2009 ont pris une série de mesures d'assainissement budgétaire à partir de 2010. Celles-ci ont été renforcées après le recours à l'aide du Fonds monétaire international (FMI) et de l'Union européenne (UE) et la signature des paquets dits « de sauvetage » (mémoires) entre le gouvernement grec et la troïka (Commission européenne, Banque centrale européenne, Fonds monétaire international). Les mesures imposées en Grèce pour que l'aide financière soit versée, souvent qualifiées de « thérapie de choc budgétaire » (Karamessini, 2010), ont eu des conséquences économiques et sociales dévastatrices. Affectant des secteurs qui se trouvent au cœur même de l'État social,

tels que la santé et l'éducation, ces mesures ont détérioré la qualité de vie de la population grecque. Dans ces deux derniers domaines, elles ne prennent pas la forme d'une réforme visant à améliorer la qualité du service public, mais relèvent plutôt d'une logique d'économies budgétaires à n'importe quel prix.

Le secteur public sous pression budgétaire

Selon certains auteurs, ce qui se passe en Grèce depuis 2010, et ce qu'il est prévu de faire pour le restant de la décennie, font de ce pays un exemple unique de réforme du secteur public dans des conditions d'austérité économique et de recul dramatique de l'État social.

La réforme et le recul du secteur public sont deux éléments clés des programmes d'ajustement économique de la troïka construits autour de trois axes : a) consolidation fiscale radicale à travers la réduction des dépenses primaires du secteur public ; b) réforme de la gestion publique dans plusieurs domaines

* Professeur assistante, département de sociologie, Université de Crète.

(administration centrale, collectivités locales, santé, éducation, retraites, Sécurité sociale, etc.) ; c) plans de privatisations massives. Tous les trois « impliquent des changements profonds en matière de relations de travail individuelles et collectives dans le secteur public, car ils affectent les niveaux et les statuts d'emploi, ainsi que la détermination et les niveaux de rémunération » (Ioannou, 2013:296). Une des principales mesures pour réduire les dépenses publiques a été la réduction des salaires (allant jusqu'à 40 %) qui a eu lieu en cinq « vagues », intégrée dans le cadre plus large de la législation « anticrise ».

Avec le premier mémorandum en 2010, la troïka avait déjà beaucoup insisté sur le besoin de diminuer les dépenses publiques et de « restreindre » le secteur public en réduisant de diverses

manières le nombre de ses travailleurs ¹, qui semble avoir augmenté fortement entre 1999 et 2008 (tableau 1).

Toutefois, avant 2009, il n'existait pas de registre de l'emploi dans le secteur public. Ceci peut expliquer les différences entre le recensement de l'emploi du secteur public par l'Organisation internationale du travail (OIT) jusqu'à 2008 (tableau 1) et celui fait depuis 2009 par le ministère de la Réforme administrative et de la Gouvernance de la Grèce (tableau 2) ². Ainsi, le recensement des personnes qui travaillent dans le secteur public au sens large depuis 2009 permet de mieux nous représenter la taille du secteur public.

À partir de 2011, la « restriction » du secteur public se trouve au cœur des négociations avec la troïka et apparaît comme la condition principale au

Tableau 1. Évolution de l'emploi dans le secteur public avant la crise (1999-2008)

En milliers

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Secteur des administrations publiques	285,2	303,7	301,2	308,8	318,0	355,9	347,4	380,1	400,8	392,3
2. Sociétés et entreprises publiques	576,1	560,0	560,0	582,1	601,9	640,9	618,0	624,8	617,2	629,8
3. Secteur public (1+2)	861,3	863,7	861,2	890,9	919,9	996,8	965,5	1004,9	1018,0	1022,1

Source : <http://laborsta.ilo.org/STP/guest>.

1. Le secteur public comporte trois catégories des travailleurs avec des statuts juridiques et des relations de travail très différentes : les fonctionnaires, dont le statut est réglé par le droit public, et qui bénéficient d'un emploi à vie, les employés sous contrat à durée indéterminée de droit privé, mais dont la majorité bénéficie d'un emploi à vie, et les travailleurs temporaires sous contrat de travail à durée déterminée (Ioannou, 2013).

2. <http://apografi.yap.gov.gr/apografi/default.asp>. Le décalage entre les chiffres des deux tableaux est dû à une différence de périmètre : le personnel non régulier sous contrat à durée indéterminée est inclus dans le tableau 2, pas dans le tableau 1. De plus, comme il est expliqué sur le site gouvernemental affichant les données, celles-ci « [sont] sujettes à une mise à jour continue et les erreurs relevées [sont] corrigées de manière rétrospective ».

**Tableau 2. L'emploi dans le secteur public dans la crise
(décembre 2009 - décembre 2013)**

	31 décembre 2009	31 décembre 2010	31 décembre 2011	31 décembre 2012	31 décembre 2013
A. Total	942 625	866 658	772 460	735 561	675 530
Fonction publique	865 153	796 947	715 686	682 289	635 338
Personnes morales de droit privé (à l'exception des entreprises publiques)	77 472	69 711	56 774	53 272	40 192
B. Personnel dont les salaires ne pèsent pas sur les dépenses publiques salariales	83 759	82 233	77 611	70 657	95 685
Personnel travaillant dans des programmes cofinancés par des fonds européens, programmes autofinancés, etc.	21 833	20 532	20 511	24 527	51 476
Catégories spéciales de personnel *	5 631	5 406	5 012	4 941	9 495
Entreprises publiques	56 295	56 295	52 138	41 189	34 714

* Il s'agit du personnel qui ne fait pas partie de l'administration publique proprement dite, mais qui est recensé dans le registre de paie du gouvernement grec. Il inclut entre autres des stagiaires, des apprentis ou des personnes en formation, des bénéficiaires de compensation suite à des décisions de justice, des formateurs, des membres des comités, des boursiers, etc.

Source : Ministère de la Réforme administrative et de la Gouvernance de la Grèce, Secrétariat du ministère des Finances pour les entreprises publiques : <http://apografi.yap.gov.gr/apografi/default.asp>.

versement de l'aide financière. En conséquence, les gouvernements grecs successifs ont procédé ces dernières années à des réductions de l'emploi dans le secteur public (tableau 2), à travers des moyens multiples : non-renouvellement des contrats de travail temporaire, gel des embauches, plans de réserve de main-d'œuvre (renommés plans de mise en disponibilité ¹), suppression de certains organismes publics, etc. (Ioannou, 2013). À cette liste, il faut ajouter une conséquence collatérale des mesures d'austérité, ayant le même résultat en termes de

diminution de l'emploi dans le secteur public : les préretraites massives, qui résultent d'une insécurité liée aux réformes du système de retraites.

Dans le cadre des programmes d'ajustement économique, le secteur de la santé tient une place importante, l'objectif étant de diminuer les dépenses publiques dans ce domaine, ainsi que la dépense pharmaceutique (tableau 3).

Dans le cas grec, les instances européennes et internationales ne s'en tiennent pas à des recommandations générales, mais donnent au gouvernement

1. Le programme de mise en disponibilité prévoit que, pendant une période de 8 mois, les fonctionnaires concernés seront payés 75 % de leur salaire mensuel précédent. Ils seront ensuite affectés à un autre poste ou licenciés.

Tableau 3. Dépenses totales de santé (2006-2012)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépenses totales de santé. En % du PIB	9,7	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Dépenses totales de santé par tête. À prix courants et en PPA (dollars des EU)	2 617	2 727	3 011	3 030	2 692	2 648	2 409
Dépenses publiques de santé. En % des dépenses totales de santé	62,0	60,3	59,9	68,4	66,7	67,4	67,1
Dépenses publiques de santé par tête. À prix courants et en PPA (dollars des EU)	1 623	1 646	1 805	2 072	1 795	1 785	1 617
Versements nets des ménages pour la santé. En % des dépenses totales de santé	-	-	37,9	28,0	28,9	28,5	28,4
Versements nets des ménages pour la santé. À prix courants et en PPA (dollars des EU)	1 140	848	779	753	685	1 140	848
Dépenses pharmaceutiques. En % des dépenses totales de santé	22,7	24,8	-	27,8	28,3	26,8	24,9
Dépenses pharmaceutiques. À prix courants et en PPA (dollars des EU)	468	444	474	514	560	616	574

Source : OCDE, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sante-tableaux-cles-de-l-ocde_20758499.

des instructions concrètes de réforme en contrepartie de l'aide financière : « Les protocoles d'accord de l'UE-FMI signés avec la Grèce, l'Irlande et le Portugal vont au-delà des objectifs, des orientations ou des recommandations et prennent la forme d'instructions détaillées en matière de réformes du système de santé. Ces instructions font l'objet d'un examen trimestriel et peuvent mener à des sanctions pour non-conformité [...]. Un élément clé de l'accord stipule que les dépenses publiques de santé ne doivent pas dépasser 6 % du PIB. Dans le cadre de cette contrainte rigide, le FMI a proposé des réformes visant à améliorer les systèmes de gestion, d'achat, de comptabilité et de prix, conjuguées à la mise en place d'une surveillance opérationnelle par le ministre des Finances, tandis que la Commission s'est concentrée sur la création des conditions préalables à une plus grande efficacité et transparence » (Baeten, Thomson, 2012).

Outre les réformes proprement dites dans le domaine de la santé, l'objectif était de restreindre l'emploi dans le secteur de la santé publique, le ministère de la Santé étant le troisième plus important employeur de la fonction publique. Ainsi, en décembre 2012, parmi le personnel régulier de la fonction publique (fonctionnaires et personnel sous contrat à durée indéterminée de droit privé, mais dont la majorité bénéficie d'un emploi à vie), 195 667 personnes travaillaient sous la tutelle du ministère de l'Éducation, 94 074 pour les collectivités locales et 64 074 sous la tutelle du ministère de la Santé.

Dans le domaine de l'éducation, sous couvert d'améliorer l'efficacité du système éducatif selon le discours officiel du FMI, il s'agit avant tout de réaliser des économies budgétaires. Ceci devient très net si on prend en compte la diminution des dépenses publiques pour l'éducation (tableau 4), mais aussi les mesures prises ces dernières années. La logique

Tableau 4. Dépenses publiques d'éducation (2005-2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014**
Dépenses d'éducation (en millions)	6 344	6 645	7 034	7 702	7 623	7 026	6 340	5 800	5 524	5 090
Dépenses d'éducation (% du PIB)	3,19%	3,12%	3,16%	3,30%	3,30%	3,16%	3,04%	2,99%	3,02%	2,78%
Évolution par rapport à l'année précédente		7,4%	4,5%	4,7%	-0,9%	-3,9%	-6,1%	-7,1%	-5,6%	-7,9%

* Jusqu'au 30 septembre 2013.

** Prévisions.

Source : Kanep-GSSE (2014).

qui prévaut est bien celle du « moins d'argent » et non pas celle de « l'efficacité »¹.

Les mesures prises dans les secteurs de la santé et de l'éducation

Si le secteur de la santé a fait l'objet de multiples réformes décidées par le gouvernement depuis les années 1990, puis imposées par la troïka depuis la crise, celui de l'éducation a été davantage épargné par les injonctions de la troïka, mais a fait l'objet de mesures s'inscrivant dans des logiques globales d'économies budgétaires.

La santé sous le feu croisé des réformes structurelles et des injonctions de la troïka

Le secteur de la santé est devenu depuis 2010 un « laboratoire » de réformes visant surtout à diminuer les dépenses publiques. Jusqu'alors, le système de

santé avait une structure tripartite, fondée sur un mélange de services publics et privés (encadré 1).

Le système national de santé a fait l'objet des multiples réformes dans les années 1990 et 2000. D'après Tountas *et alii* (2002:16) : « Depuis de nombreuses années, le système de santé en Grèce était dans un état de crise permanente. Les aspects les plus fondamentaux de cette crise étaient un cadre administratif fragmenté, de faibles niveaux de dépenses publiques, un secteur privé important mais pas assez contrôlé, des services hospitaliers insuffisants, une main-d'œuvre mal répartie et un faible niveau de soins de santé primaires. » La crise économique est donc survenue dans un contexte où ce système rencontrait déjà des problèmes structurels : a) lacunes au niveau des soins de santé primaire dues à la fragmentation extrême du système ; b) problèmes graves en matière

1. À titre d'exemple, il est intéressant de lire les déclarations de Poul Thomsen en avril 2013 sur le « progrès des réformes » en Grèce : « Un autre domaine très important, dans lequel la Grèce doit faire des progrès, c'est celui de la réforme du secteur public, pour diminuer ses coûts et augmenter son efficacité. Il n'y a pas encore eu de licenciements secs dans le secteur public, tandis que de très nombreuses pertes d'emplois ont été enregistrées dans le secteur privé. Les employés peu qualifiés ou peu performants du secteur public ont continué à bénéficier d'emplois protégés, ce qui a aggravé la difficulté à améliorer la qualité des services publics, et à embaucher des travailleurs plus qualifiés dans les rangs – très fournis – des chômeurs » (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/so/2013/car060513a.htm>).

Encadré 1

Le système de santé avant les réformes

Au centre du système de santé se trouvait au départ le système national de santé (ESY) financé par l'impôt, et qui avait pour but d'assurer des services de santé publique à toute la population. Il avait été créé en 1983 par le gouvernement socialiste de l'époque, sous l'incitation de la Déclaration Alma-Ata de 1978¹. L'ESY assurait les soins préhospitaliers d'urgence, tant externes qu'internes dans des hôpitaux publics et des centres de santé situés dans les zones rurales et semi-urbaines². Ce système à vocation universelle coexistait avec les 36 caisses d'assurance maladie, structurées autour des branches et/ou des catégories socioprofessionnelles et financées par les cotisations sociales des salariés et des employeurs. Ces caisses étaient les principaux acheteurs de services de l'ESY et étaient aussi les principaux « clients » du secteur privé de santé (hôpitaux privés, cabinets médicaux, centres de diagnostic). La plupart d'entre elles étaient des entités publiques opérant sous le contrôle de l'État. Vu que chaque caisse était régie par une législation différente, il y avait beaucoup de différences en termes de niveau de cotisations, de prestations proposées et de conditions d'octroi des prestations. La plus importante de ces caisses était celle couvrant la majorité des travailleurs dans le secteur privé (Fondation d'assurance sociale – IKA), qui disposait de ses propres centres de santé. Le troisième pilier du système de santé comprenait les institutions des services médicaux privés (hôpitaux privés, cabinets médicaux, centres de diagnostic³) (Burgi, 2014 ; Economou, 2012 ; Kondilis *et al.*, 2013).

1. La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la première Conférence internationale de l'Organisation mondiale de la santé. Elle souligne la nécessité d'une action de la part de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé des peuples.

2. D'après Kondilis *et al.* (2013), l'ESY comprenait 201 centres de santé ruraux, 1 478 points médicaux ruraux, trois centres de santé urbains, ainsi que les cliniques de consultation externe des hôpitaux publics.

3. D'après Kondilis *et al.* (2013), en 2009 on comptait environ 25 000 médecins libéraux, 12 000 dentistes, de 400 à 700 centres de diagnostic privés et 167 hôpitaux privés.

de financement du système ; c) systèmes obsolètes d'indemnisation des fournisseurs ; d) techniques obsolètes de gestion et de direction des unités de santé menant à un gaspillage de ressources financières ; e) absence de mécanismes d'évaluation, de suivi et de contrôle des coûts et de l'efficacité ; f) absence de mécanisme rationnel d'allocation des ressources de santé entre services et régions

pour répondre aux besoins réels de la population (Economou, 2012). Comme le soutient Burgi (2014), « aucun système de santé n'est exemplaire ». Malgré les problèmes précités et en dépit des défauts du système (phénomènes de corruption parmi le personnel médical et infirmier, qui recevaient illégalement de l'argent des patients par le biais du système du *fakelaki*¹), les indicateurs clés révélaient un

1. Ce terme fait référence à une « enveloppe » contenant une somme d'argent donnée par le patient et/ou sa famille au médecin et au personnel infirmier afin d'avoir un meilleur traitement en cas d'hospitalisation, d'opération, etc.

bon niveau de santé de la population (allongement de l'espérance de vie, baisse de la mortalité, déclin entre 1980 et 2008 de la mortalité infantile, néonatale, post-néonatale et maternelle, etc.).

Depuis 2010, suite aux conditions imposées par la *troïka*, les six ministres de la Santé qui se sont succédé ont adopté une série de mesures d'austérité économique, mais aussi des réformes qu'on pourrait qualifier de structurelles. Mais, contrairement aux réformes structurelles qui visent surtout à améliorer « l'efficacité » du système de santé (pour tous les acteurs : services publics médicaux et patients), celles-ci privilégient presque exclusivement l'aspect budgétaire. En règle générale, les mesures adoptées depuis 2010 vont dans trois sens : mesures d'austérité, restrictions d'accès et « marchandisation » des services de santé et, enfin, dérégulation des services de santé privés.

Le premier volet des réformes, celui des mesures d'austérité, comprend une réduction très importante des dépenses publiques de santé, des réductions de salaire pour l'ensemble du personnel (médical et non médical) travaillant dans le secteur public de la santé (encadré 2), un gel des embauches, une diminution des effectifs (suite au non-renouvellement des contrats de travail du personnel temporaire et au départ en préretraite du personnel proche de la retraite), etc. À titre d'exemple, entre 2009 et 2011, les dépenses du ministère de la Santé ont diminué de 23,7 %, tandis que, pour la même période, les dépenses des hôpitaux publics ont baissé de 12,5 %. Le nombre de travailleurs sous la tutelle du ministère de la Santé est passé de 94 164 en décembre 2012 à 81 716 en juillet 2014. Les mesures relatives aux dépenses pharmaceutiques sont allées dans le même sens. Depuis 2010, une série de lois a été

Encadré 2

Les baisses de salaire dans le secteur de la santé

Les baisses de salaire datent de 2011 pour tous les fonctionnaires, à l'exception des fonctionnaires « sous régime salarial spécial » (médecins, professeurs d'université, militaires, juges, policiers, etc.), pour lesquels les diminutions datent de 2012. Juste à titre d'exemple, un auxiliaire médical ou un ambulancier avec 15 ans d'ancienneté percevait, avant les baisses de salaire, un salaire de base de 1 000 euros brut et environ 350 euros en primes. Leur salaire est désormais de 1 125 euros brut. Un(e) infirmier(e) issue de l'enseignement technique avec 13 ans d'ancienneté recevait auparavant 1 537 euros brut (salaire de base et diverses primes) : son salaire est désormais de 1 350 euros brut. Les médecins ont subi une diminution rétroactive de leur salaire en 2012 (pour 2011 aussi), qui varie selon leur grade. Plus le grade du médecin est élevé, plus les diminutions sur le salaire de base sont importantes : elles vont environ de 150 à 500 euros. Ainsi, le salaire de base d'un chef de clinique est passé de 2 054 à 1 580 euros net mensuels. Dans le même temps, chacune des primes (prime de travail hospitalier, de bibliothèque et de responsabilité) a diminué d'environ 50 euros.

Sources : <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=482613>; <http://www.kathimerini.gr/439456/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/pollaplwn-taxythwn-oi-apodoxes-ergazomenwn-ston-kladoths-ygeias>.

votée dans le but de faire baisser les prix et les volumes des produits pharmaceutiques : baisse des prix des médicaments, réduction des marges des pharmaciens, mise en place d'un nouveau système de fixation des prix des médicaments (avec des prix de référence selon que les médicaments sont ou non inclus dans la « liste positive ¹ »), promotion des médicaments génériques, réduction du taux de remboursement des médicaments par les caisses d'assurance maladie (mais aussi le déremboursement de certains médicaments), augmentation de la participation financière des patients ², etc.

Le deuxième volet des mesures, très orienté vers le marché, vise à remettre en cause le caractère universel du système de santé public, en mettant en place des barrières à l'accès et des plans de privatisations. L'instauration, depuis 2010-2011, d'un « ticket modérateur » de 3, puis de 5 euros pour les consultations médicales dans les hôpitaux publics, les limitations à la prescription des examens à caractère préventif et l'instauration d'une participation financière des assurés au coût des prescriptions médicales (un euro par prescription) vont dans le même sens. Début 2012, le ministre de la Santé de l'époque, Adonis Georgiadis, met en place l'Organisme national de distribution de services de santé (EOPYY), qui regroupe une dizaine de caisses d'assurance sociale. À l'automne 2013, des restructurations et réorganisations très importantes ont lieu dans le

secteur, aboutissant à des fermetures d'hôpitaux, des fusions, regroupements et suppressions de structures et d'unités médicales, et à la mise en disponibilité d'environ 1 340 travailleurs ³ du ministère de la Santé (infirmiers, conducteurs d'ambulances, etc.). À peine deux ans après sa création, EOPYY fait l'objet d'une nouvelle réforme en 2014 et est rebaptisé Réseau national de soins de premier degré (PEDY). Suite à cette réforme, EOPYY devient « acheteur » de services médicaux des secteurs public et privé. La nouvelle entité PEDY comporte tant les centres de santé que les unités de santé de l'EOPYY. La même loi contraint les patients à consulter leur médecin de famille avant d'accéder aux soins secondaires (hôpital). Elle prévoit aussi un programme de mise en disponibilité/mobilité d'un mois pour les 8 000 personnes travaillant dans les structures médicales de l'EOPYY. En septembre 2014 est votée une loi concernant la création d'un nouvel organisme, la Société anonyme relative au système des tarifications des services hospitaliers (ESAN). ESAN, qui s'inspire du modèle allemand de tarification hospitalière, est une société anonyme, dont 51 % des actions appartiennent à l'État, 29 % à des hôpitaux et EOPYY et 20 % à des prestataires privés. Le but de cette société est d'établir un barème de tarifs d'« hospitalisation fermée » sur la base des coûts réels par catégorie de maladie ou des coûts d'intervention chirurgicale.

1. La liste positive des médicaments inclut les médicaments qui sont remboursés par les caisses d'assurance maladie.

2. Entre 2012 et 2013, la participation financière des assurés à l'achat des médicaments a été multipliée par deux : elle est passée de 12,8 % début 2012 à 24,4 % fin 2013 (<http://www.capitalhealth.gr/Article.aspx?id=2073418>). En plus de ces augmentations, les organisations syndicales du secteur craignent qu'une décision ministérielle de juillet 2014 augmente encore la participation financière des assurés. Selon cette décision ministérielle, si le tarif de détail d'un médicament dépasse le prix de remboursement, l'assuré est non seulement obligé de payer la participation financière prévue, mais aussi la différence de prix.

3. Pour 2013. Un nouveau programme de mise en disponibilité est prévu pour 2014.

Le troisième volet des mesures concerne la déréglementation des services de santé privés à travers le retrait de certaines restrictions relatives au fonctionnement des hôpitaux privés et limitations concernant la mise en place de laboratoires et centres médicaux ; enfin, les services hospitaliers privés sont nettement moins bien remboursés que par le passé (Kondilis *et al.*, 2013).

Dans l'éducation, des mesures d'austérité malgré l'absence d'injonctions de la troïka

Le secteur de l'éducation a toujours été un laboratoire de réformes, chaque ministre de l'Éducation voulant laisser sa marque sur le système éducatif. Contrairement au secteur de la santé, l'éducation

n'a pas fait l'objet d'injonctions précises de la troïka. Ainsi, les mesures votées ou promues dans ce secteur s'inscrivent dans le cadre des mesures plus générales de diminution des dépenses publiques, et peuvent être comprises comme des mesures visant à « améliorer » la productivité de la fonction publique et des fonctionnaires. Les plus importantes mesures budgétaires prises dans le secteur de l'éducation sont les suivantes : baisse des salaires (qui pour les nouveaux embauchés s'élève à 38 % ; encadré 3), licenciement ou non-renouvellement des contrats des enseignants dits « remplaçants », mobilité forcée d'enseignants titulaires à travers tout le pays depuis 2013 ¹, augmentation du temps d'enseignement pour les professeurs (8 heures par mois),

Encadré 3

Les baisses de salaire dans le secteur de l'éducation

D'après le rapport de l'OCDE, les enseignants en Grèce, quel que soit le niveau auquel ils enseignent, sont moins bien rémunérés que les enseignants d'autres pays de l'OCDE, et, en raison de la crise économique, leurs salaires ont diminué : en 2010, les salaires des enseignants du primaire et secondaire ne représentent plus que respectivement 92 % et 77 % des salaires en 2005 à formation et expérience comparable (OCDE, 2014). À titre d'exemple, le salaire net d'un professeur (célibataire et avec deux ans d'expérience) de l'enseignement secondaire était de l'ordre de 15 867,73 euros par an en 2009 et de 9 792,50 euros en 2011. Les salaires nets des enseignants du primaire (sans autres responsabilités administratives) variaient de 1 856,43 euros à 3 531,2 euros en juillet 2011 ; en janvier 2014, les mêmes salaires étaient compris entre 1 618,25 euros et 2 891,13 euros (<http://www.paideia-news.com>). Les professeurs d'université faisant partie du « régime salarial spécial » ont subi les premières diminutions rétroactives en 2012 (pour 2011 aussi). Ainsi, le salaire de base d'un professeur est passé de 1 775 euros à 1 459 euros, d'un professeur associé de 1 538 euros à 1 331 euros, d'un professeur assistant de 1 301 euros à 1 150 euros, et d'un maître de conférences de 1 183 euros à 1 065 euros.

Sources : <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=482613>, <http://kemete.sch.gr/wp-content/uploads/2012/11/misth211112.pdf>.

1. Cette mesure a pour objectif la « redistribution » des enseignants. Ainsi, quand il y a un surplus d'enseignants dans une région, ceux-ci sont transférés vers des régions où il y a des postes vacants.

fermetures et fusions de classes et d'unités scolaires, augmentation du nombre d'élèves par classe, mise en disponibilité du personnel éducatif (plus de 2 000 professeurs dans l'enseignement technique supérieur) ou du personnel administratif dans l'éducation (1 036 personnes issues du personnel administratif dans les universités), etc.

**Accès aux services publics :
égalité dans les textes,
inégalité dans les faits**

Ces dernières années, plusieurs témoignages font état d'une « crise sanitaire » et des travaux de recherche pointent les effets dévastateurs de la crise et des politiques d'austérité sur la santé de la population : augmentation des suicides, des dépressions et des problèmes psychosomatiques, malnutrition, consommation d'alcool, augmentation des maladies cardiovasculaires et des maladies infectieuses, augmentation du nombre de nouvelles infections HIV ¹, hausse du mauvais état de santé auto-déclaré, etc. (Burgi, 2014 ; Karanikolos *et al.*, 2013 ; Kentikenelis *et al.*, 2011, 2014 ; Kentikenelis, Papanicolas, 2012 ; Kondilis *et al.*, 2013 ; Zavras *et al.*, 2013).

Une crise sanitaire et sociale sans précédent

Mais derrière l'aspect médical de la crise sanitaire en Grèce se trouve aussi la dimension sociale. Pour étudier les conséquences sociales des mesures d'austérité, il ne suffit pas seulement de prendre en compte les statistiques sur les dépenses publiques de santé mais aussi la situation

économique et sociale de la population (diminution des retraites et des salaires, chômage, précarisation, etc.).

Avec un taux de chômage de l'ordre de 26,6 % au deuxième semestre 2014, une montée des situations de précarité du travail, un risque de pauvreté assez élevé (23,1 % après transferts sociaux et 53,4 % avant transferts sociaux en 2013 ²) et l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres, le « retour » ou recours aux instances de santé publique est inévitable.

Ainsi, d'un côté, à cause de la perte ou de la diminution de leurs revenus, les patients et les usagers des services de santé quittent le secteur privé et se tournent vers le secteur public, au moment même où la santé publique est sous-financée. En d'autres termes, les restrictions de dépenses publiques de santé arrivent au moment où les besoins en matière de santé publique augmentent (Economou, 2012). Ainsi, de plus en plus de gens ne peuvent souvent pas s'offrir les soins médicaux dont ils ont besoin (Matsaganis, 2013) ³.

D'après les chiffres du ministère de la Santé, l'usage des services hospitaliers publics a augmenté de 21,9 % entre 2010 et 2011. Au contraire, le recours aux services médicaux payants des hôpitaux publics (qui ont lieu dans l'après-midi) a diminué de 18,5 % en 2011 par rapport à 2010. Cette augmentation du recours aux hôpitaux publics, combinée aux coupes budgétaires, a entraîné une diminution de la durée moyenne de séjour de l'ordre de 14,7 % (de 4,84 jours en 2009 à 4,13 jours en 2011), un accroissement de l'ordre de 9 points de pourcentage du taux d'occupation des hôpitaux publics en moyenne

1. En grande partie chez les consommateurs de drogues et par voie intraveineuse.

2. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2013_01_F_GR.pdf.

3. En 2010, bien que les budgets des hôpitaux aient été réduits de 40 %, les admissions et l'utilisation des services de santé publique ont augmenté de 30 % (Ifanti *et al.*, 2013).

(de 64 % en 2009 à 73 % en 2011) et une réduction du coût moyen d'hospitalisation de l'ordre de 33,6 % (de 3 522 euros en 2009 à 2 340 euros en 2011) (Kondilis *et al.*, 2013). Ces chiffres reflètent l'incapacité d'une partie de la population à payer des services de santé privés.

De l'autre côté, les effectifs ont diminué ces dernières années à cause du non-renouvellement des contrats des travailleurs temporaires, des programmes de disponibilité (qui concernait 1 500 personnes dans le secteur de la santé) et des préretraites volontaires (également massives dans d'autres secteurs de la fonction publique, en grande partie du fait d'une insécurité générale sur l'emploi). Cette baisse des effectifs entraîne une surcharge de travail pour le personnel restant, au moment où la rémunération des heures supplémentaires, du travail de nuit et durant les jours fériés diminue de manière importante ¹. Cette situation, ajoutée à la pénurie de produits de santé de base, ainsi qu'à la fermeture d'hôpitaux, rend le recours aux structures publiques de santé problématique et aboutit à une détérioration de la qualité des soins apportés. Par ailleurs, la « fuite des cerveaux » dans le secteur médical peut également être considérée comme un effet collatéral des coupes budgétaires. Le gel des embauches dans le secteur public et le surplus de médecins (6,1 médecins pour 1 000 habitants en 2011) ont entre autres contribué à l'augmentation du chômage et du travail précaire parmi ces professions (Ifanti *et al.*, 2014). Selon des estimations, environ 6 000 médecins ont

émigré vers d'autres pays (surtout vers le Royaume-Uni et l'Allemagne) afin de trouver du travail ². D'après le président de l'Association médicale d'Athènes (ISA), le taux de chômage des médecins athéniens était de l'ordre de 12,44 % en 2012. La diminution de ce chiffre en 2013 (10,32 %) n'est liée qu'à l'émigration des médecins ³. Selon l'ISA, un médecin sur trois à Athènes est au chômage, occupe un emploi précaire ou a émigré, et quatre jeunes médecins sur cinq sont au chômage, en situation précaire ou ont émigré. Si le nombre de médecins qui ont émigré ces dernières années est en forte augmentation (1 808 en 2012 contre 535 en 2007), ce sont surtout les plus qualifiés qui sont concernés par ce mouvement (1 166 médecins parmi les 1 808 en 2012) ⁴.

Déjà par le passé, les pratiques illégales (*fakelaki*) d'une partie du personnel médical et infirmier mettaient en cause la vocation universelle de la santé publique et étaient source d'inégalités de traitement des patients. Dans les conditions que nous venons de décrire, la situation semble s'aggraver : « Dans le secteur de la santé, une médecine à deux vitesses est en train de s'installer avec, d'un côté, ceux qui ont les moyens de payer les *fakelaki* ou de cotiser pour une assurance privée suffisamment élevée pour prendre intégralement en charge les frais occasionnés par une hospitalisation dans un établissement privé, de l'autre, ceux qui ne pourront se le permettre » (Poinssot, 2012).

1. Entre 2012 et 2013, la rémunération des heures supplémentaires a diminué de 68 % et celle du travail de nuit et de jours fériés, de 51 % (<http://www.ygeionomikoi.gr/menu-epikairotitita/menu-epik-erg-oik/1923-nea-perikopi-sta-kondulia-gia-prosthetes-amoives-me-neoteri-apofasi-tou-pourgeiou-ugeias>).

2. <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26510&subid=2&pubid=113318996>.

3. <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=395272>.

4. <http://www.isathens.gr/sylogos/arxeio-drasewn-isa/arxeio-syndikalistiko/2240-iatriki-metanastefsi-isa-anergia.html>.

Le développement de réseaux de solidarité alternatifs

Ce n'est donc pas le moindre des paradoxes que dans un pays comme la Grèce, dépourvu de vraie tradition de bénévolat et d'affirmation de la société civile, se soit développé un « mouvement de santé solidaire ». Ainsi se créent des réseaux et des formes de solidarité dans le domaine de la santé. En ce moment, dans tout le pays, on compte plusieurs réseaux de médecins – dispensaires – et de pharmacies solidaires ¹. Ces initiatives ont été mises en place par des médecins, des infirmiers et des pharmaciens qui offrent leurs services volontairement et gratuitement. L'équipement et les médicaments sont financés par eux ou offerts par des personnes ou pharmacies qui souhaitent coopérer (Garefi, Kalemaki, 2013). Ces réseaux ont pour objectif de procurer des soins médicaux gratuits et des traitements médicamenteux à des personnes sans couverture sociale ou à ceux qui ne disposent pas des moyens financiers pour se soigner. Bien que très peu de ces réseaux disposent de statistiques précises, il semble qu'il y ait une augmentation des personnes ayant recours à ces structures et un changement en termes de composition de cette population. Beaucoup de ces structures (comme la section grecque

de Médecins du monde ²) s'adressaient initialement à des immigrants sans couverture sociale ; ces dernières années, le nombre des Grecs non assurés a toutefois augmenté. En effet, le système grec de couverture médicale publique est basé principalement sur l'emploi ; or, à cause du chômage, une partie importante de la population est désormais exclue de l'accès aux soins de santé.

À titre illustratif, les statistiques du « dispensaire solidaire » de Rethymno (Crète) confirment la tendance générale. Depuis sa création, le nombre de patients a augmenté de manière importante. La composition a aussi changé en 2012-2013 : le nombre d'immigrés sans papiers a diminué, tandis que le nombre de patients grecs et d'origine albanaise ³ a augmenté. Ce changement est aussi valable pour les enfants admis au département pédiatrique, et dont la raison principale de visite est la vaccination ⁴. Le rapport de Médecins du monde (2013) confirme cette tendance : en 2012, près de la moitié (49,3 %) des patients vus dans les quatre centres d'accès aux soins en Grèce étaient des Grecs, et 78 % des patients n'étaient pas couverts (soit ils n'avaient aucune couverture maladie, soit ils ne pouvaient pas payer les frais d'assurance).

1. On ne connaît pas leur nombre exact. D'après le quotidien *Eleftherotypia*, en avril 2014, il y en avait une cinquantaine (<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=425533>). Selon le site « enalaktikos.gr » (http://www.enallaktikos.gr/kg15el_antallaktika-diktya_t51.html), il existe environ 500 réseaux de santé opérant dans tout le pays et impliquant des milliers de médecins bénévoles, des pharmaciens et des infirmiers, avec le soutien de l'Église, des municipalités et des ONG. La plupart des structures ont été construites par des bénévoles sans financement étatique. Beaucoup de dispensaires et de pharmacies solidaires fonctionnent maintenant dans la plupart des municipalités, et sont financés par l'État. Dans sa liste, le site inclut aussi les hôpitaux publics qui acceptent des patients non assurés.

2. http://www.mdmgreece.gr/attachments/365_Healthcare%20in%20Times%20of%20Crisis%20and%20Rising%20Xenophobia.pdf.

3. Il s'agit dans leur majorité de résidents « légaux » en Grèce qui ont perdu leur assurance à cause du chômage ou qui travaillent au noir.

4. <http://www.ethiatreio.com/%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1>.

Dans le domaine de l'éducation, les réformes touchant à l'organisation du système éducatif et aux conditions de travail des enseignants, combinées aux conséquences sociales de la crise et des mesures d'austérité n'ont pas seulement détérioré la qualité de l'éducation, mais ont aussi accentué des inégalités déjà existantes dans l'éducation publique. Depuis des décennies, à côté du système officiel d'éducation (publique ou privée) coexistait tout un système parascolaire, de soutien scolaire privé complémentaire. Celui-ci comprenait des centres scolaires privés (*frontistiria*) et des cours particuliers avec des professeurs. La majorité des élèves y avaient plus ou moins recours depuis le secondaire selon la situation économique de leurs familles. Ainsi, le système n'était égalitaire que sur le papier : en réalité, la réussite scolaire était liée à la possibilité (financière) d'avoir recours au soutien scolaire privé qui « comblait les lacunes » du système officiel. La crise n'a fait qu'accentuer les problèmes du système d'éducation officiel mais aussi les inégalités. D'un côté, le système éducatif public doit faire face : a) au manque d'effectifs dû au non-renouvellement des contrats des enseignants dits « remplaçants », aux programmes de mise en disponibilité, aux préretraites massives ¹, etc., faisant passer le nombre de travailleurs sous tutelle du ministère de l'Éducation de 195 667 en décembre 2012 à 171 974 en juillet 2014 ; b) à la dégradation des conditions de travail des enseignants à cause des baisses de salaire, des mobilités forcées, de l'augmentation du temps d'enseignement, de

l'augmentation du nombre d'élèves par classe, etc. ; c) aux fermetures et aux fusions de classes et d'unités scolaires ; d) à la fuite des élèves des institutions scolaires privées vers les écoles publiques ². De l'autre côté, de nombreuses familles ne peuvent plus financer les cours scolaires privés.

Ainsi, comme dans le domaine de la santé, des formes de solidarité se sont mises en place dans le domaine de l'éducation, comme les structures appelées l'« éducation de l'ombre solidaire » (*koinonika frontistiria*). D'après Zambeta (2014:78), les *koinonika frontistiria* sont des structures volontaires d'éducation qui ont émergé à travers le pays dans le contexte de la récente crise économique. On peut les trouver aussi sous d'autres appellations, telles que « les écoles de la solidarité », selon les organisateurs. Leur but est de fournir gratuitement des services similaires à ceux de l'éducation de l'ombre, en soutenant les élèves dans leur préparation aux examens d'entrée à l'université. La caractéristique la plus importante des *koinonika frontistiria* est que les enseignants sont bénévoles. À l'initiative des ces structures se trouvent le plus souvent des municipalités, qui fournissent l'infrastructure (hébergement et équipement), mais aussi des associations, l'Église ou les associations de parents d'élèves. Les inscriptions se font sur la base de critères sociaux, tels que le revenu familial annuel ou le statut professionnel des parents (les chômeurs sont prioritaires), et ces structures sont hébergées soit dans les écoles publiques, après les heures de scolarité ou dans les

1. D'après le ministère de l'Éducation, entre 2010 et juin 2014, 22 918 professeurs de l'enseignement secondaire sont partis en préretraite, surtout parce qu'ils craignaient un recul de l'âge de départ à la retraite (<http://www.ethnos.gr/entheta.asp?catid=23318&subid=2&pubid=64064589>).

2. Les chiffres disponibles concernent les premières années de la crise. Pour les années scolaires 2009-2010 et 2010-2011, la diminution était de l'ordre de 2,6 %.

bâtiments municipaux (bibliothèques ou centres culturels). À l'heure actuelle, on compte environ 85 *koinonika frontistiria*, dont la majorité dans les zones urbaines (48 d'entre eux se trouvent dans la région d'Attique ¹).

Les réseaux informels dans les domaines de la santé et de l'éducation font partie d'un large éventail de réponses populaires à des difficultés qui ont émergé pendant la crise en Grèce. Depuis 2009, les organisations de la société civile sont entrées dans une nouvelle ère : les réseaux informels de citoyens et les mouvements populaires, qui contribuent à la création d'une économie « alternative » et « parallèle », se sont multipliés. Malgré l'absence de tradition dans ce domaine, la société civile informelle s'est renforcée. Dans plusieurs villes grecques, des rencontres informelles des citoyens se sont transformées en mouvements sociaux locaux, essayant d'apporter des solutions à une série de problèmes liés à divers aspects de la vie sociale (santé, nourriture, logement, éducation, etc.) (Garefi, Kalemaki, 2013). Ainsi, outre les dispensaires, les pharmacies solidaires et l'éducation de l'ombre solidaire, se sont créés d'autres réseaux, tels que les épiceries solidaires, la collecte/distribution de vêtements, la vente directe des produits aux consommateurs sans intermédiaires, etc. Bien que ces réseaux réclament leur indépendance des partis politiques (Petropoulou, 2013), ils semblent assez politisés ² et peuvent aussi être vus comme des signes d'une radicalisation politique récente. Plus les mesures

d'austérité se succèdent, plus la « résistance » par le bas à travers ces (et d'autres) formes de solidarité s'intensifie, surtout quand ces mesures touchent à l'État social (Rakopoulos, 2014).

Des acteurs sociaux fortement mobilisés, des résultats décevants

Depuis 2010, presque tous les efforts de réforme du secteur public ont été faits dans le « conflit et la douleur ». Très souvent introduites de manière unilatérale et en dépit des procédures de dialogue social nécessaires, les réformes ont été de nature très conflictuelle. Des vagues de grèves successives ont éclaté, suivies de manifestations et d'une mobilisation sociale plus générale. De nombreuses réformes ont fait l'objet (et continuent de faire l'objet) d'appels devant les tribunaux et devant le Conseil d'État (Ioannou, 2013). En même temps, certaines organisations syndicales (du secteur privé et du secteur public) ont eu recours soit à l'OIT soit au Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe pour non-conformité de certaines lois « anticrise » avec les Conventions internationales de l'OIT (dans le premier cas) et avec la Charte sociale européenne (dans le deuxième cas) (Karakioulafis, 2013). La conflictualité s'est accentuée en partie suite à la répression des manifestations et des grèves ³. Ces dernières années, les gouvernements grecs invoquent de plus en plus souvent des mesures d'exception prévues par la loi martiale et normalement

1. http://www.enallaktikos.gr/kg15el_antallaktika-diktya_t51.html.

2. Ils paraissent idéologiquement plus proches de la gauche radicale (SYRIZA).

3. Cette répression est très souvent proactive et elle ne fait aucune discrimination : elle est de nature législative (concernant des droits et des libertés politiques) et physique (sur le terrain). La répression législative prend deux formes principales : la suspension du droit et de la liberté de manifestation (par exemple à travers la fermeture des principales stations de métro pendant des manifestations), et la pénalisation croissante du droit de grève et le recours à la mesure de réquisition des services du travail (Kotronaki, 2014).

réservées aux situations de guerre ou d'urgence sociale (catastrophe naturelle) et recourent à la réquisition de tous les travailleurs pour mettre fin à l'action collective de divers groupes professionnels : travailleurs du métro d'Athènes en janvier 2013, enseignants des écoles secondaires en mai 2013, personnel de la société d'électricité DEI en juillet 2014 ; hors secteur public, marins en février 2013.

Encadré 4

Principales organisations syndicales des secteurs de la santé et de l'éducation

Toutes les organisations syndicales représentant les travailleurs et l'éducation publique font partie de l'ADEDY (Confédération des syndicats de la fonction publique), qui représente uniquement les travailleurs du secteur public (à l'exception des entreprises publiques). Le taux de syndicalisation est estimé à 60 % et l'ADEDY compte environ 311 000 membres.

Les principales organisations syndicales dans le domaine de l'éducation sont les suivantes :

- la Fédération grecque des associations des enseignants d'université (POSDEP), qui rassemble 50 % des enseignants d'université (environ 7 000 membres) ;
- la Fédération grecque des enseignants de l'enseignement primaire (DOE), qui syndique environ 95 % de la profession (environ 76 000 membres) ;
- la Fédération grecque des professeurs de l'enseignement public secondaire (OLME), qui rassemble 70 % des professeurs (environ 70 000 membres).

Dans le secteur de la santé, le paysage est plus diversifié et il y a des organisations syndicales qui ne font pas partie de l'ADEDY :

- la Fédération panhellénique des employés des hôpitaux publics (POEDIN) est membre de l'ADEDY. Elle couvre 105 000 professionnels de santé dans le domaine de la santé publique ;
- la Fédération des unions des médecins hospitaliers (OENGE) est membre de l'ADEDY ;
- la Fédération panhellénique des travailleurs d'EOPYY (POE-EOPYY) : membre de l'ADEDY, elle couvre des professionnels de santé travaillant pour l'EOPYY. Elle comprend 26 syndicats de premier niveau ;
- l'Union des médecins de EOPYY (ENI-EOPYY) a été créée en 2012 ;
- la Fédération nationale des syndicats du personnel infirmier (PASONOP) a été créée en 2003. Elle comprend 12 syndicats d'infirmier(e)s, et compte environ 6 500 membres ;
- la Fédération panhellénique du personnel infirmier du système national de santé – ESY (PASYNO-ESY) représente le personnel infirmier issu de l'enseignement technique et universitaire.

Sources : Sites des fédérations, http://www.eurofound.europa.eu/eiro/country/greece_3.htm, et <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn0904019s/tn0904019s.htm#hd2>.

Les organisations syndicales du secteur de la santé et de l'éducation (encadré 4) ont participé aux grandes grèves générales organisées par la GSEE et l'ADEDY, mais aussi aux grèves, arrêts de travail et manifestations organisés par la seule ADEDY concernant les réformes et les mesures prises dans le secteur public (telles que les baisses de salaire, l'évaluation des fonctionnaires, la suppression des organismes publics, etc.). Parallèlement, les grandes réformes de 2013-2014 dans les deux secteurs en question ont intensifié la conflictualité. Ainsi, ces deux dernières années, on a assisté à de nombreuses grèves (même de longue durée), arrêts de travail et manifestations.

Le secteur de la santé mobilisé face aux réformes

Dans le domaine de la santé, les protagonistes des conflits ne sont pas seulement les travailleurs des hôpitaux et des centres de soin médicaux primaires de l'EOPYY (personnel médical, infirmier et administratif), mais aussi les pharmaciens (suite aux changements de la politique en matière de médicament et les dettes des caisses d'assurance publics envers eux), les employés des centres privés de diagnostic et les médecins « conventionnés ». Le conflit s'est accentué lors des grandes réformes relatives à l'organisation et aux prestations de santé publique, ainsi qu'aux conditions de travail du personnel ¹. Mais la confrontation entre les principales organisations syndicales du secteur et le ministère de la Santé date environ de fin 2011-début 2012, époque où est fondé l'EOPYY. Déficitaire depuis

sa création (car il a hérité des dettes des caisses d'assurance sociale), EOPYY accumule les dettes envers les hôpitaux, les médecins conventionnés, les pharmaciens et les centres médicaux de diagnostic. La situation mène à une vague de grèves des acteurs sociaux impliqués, à la fermeture de pharmacies ou même au refus des procurer des médicaments gratuits aux assurés de l'EOPYY. Le programme de mise en disponibilité d'environ 1 600 travailleurs du ministère de la Santé et les fusions et restructurations des hôpitaux en automne 2013 alimentent de nouveau un mouvement de grève des médecins et du personnel des hôpitaux. En février 2014, la décision du ministre de la Santé de l'époque, Adonis Georgiadis, de fermer les centres de santé de l'EOPYY et de mettre en disponibilité pour un mois son personnel (8 000 personnes) provoque un nouveau cycle de confrontations. En septembre 2014, le vote de la loi relative à la création de la Société anonyme du système des rémunérations des hôpitaux (ESAN) est considéré par les organisations syndicales comme le signe d'une marchandisation des services de santé publique ². Cette crainte n'est pas infondée : l'ESAN a entre autres pour objectif d'évaluer (sur la base de « fiches de qualité ») la rentabilité et la productivité des hôpitaux (chiffre d'affaires, nombre et qualification des employés, infrastructure, nombre d'incidents traités, durée d'hospitalisation, etc.). Ainsi sera mise en place une distinction entre hôpitaux « rentables » et « non rentables ». Les organisations syndicales craignent donc la fermeture de petits hôpitaux de province qui ne pourront pas « concurrencer » les

1. Les présidents de certaines fédérations syndicales de la santé sont proches du parti d'opposition SYRIZA, tels que le président de l'OENGE (D. Varnavas) et de POE-EOPYY (L. Vitoratos).

2. Puisque des mécanismes et règles de marché privé sont introduits dans la gestion et le financement des services de santé.

grands hôpitaux. En septembre 2014, le ministre de la Santé, Makis Voridis, répondant aux questions des journalistes, n'a pas nié cette éventualité : « Cette question est ouverte. [...] À partir du moment où nous aurons des données économiques pour toutes les unités de soins du pays, ce sera au gouvernement de renforcer directement, par le biais du budget de l'État, des unités qui fermeraient sans financement public direct. SYRIZA pourrait bien mettre en place une politique sociale et choisir de garder ouvert un hôpital qui ne résiste pas à la concurrence ¹. » Ainsi, l'institution de l'ESAN provoque des réactions, suivies de grèves des travailleurs et de médecins dans les hôpitaux publics.

Vagues de grèves contre l'évaluation et la mise en disponibilité des enseignants

Le secteur de l'éducation, ayant toujours été un « laboratoire des réformes », a une longue tradition de conflictualité. La majorité des conflits de ces dernières années concerne des mesures et des réformes qui touchent directement ou indirectement aux conditions et aux relations de travail soit du personnel éducatif soit du personnel administratif. La confrontation s'accroît en mai 2013 suite à la décision de la Fédération des professeurs de l'enseignement secondaire (OLME) d'appeler à des grèves (une grève de 24 heures et une autre de cinq jours consécutifs) durant la période des examens d'entrée à l'université. La grève concerne entre autres le licenciement des enseignants dits « remplaçants », la

mobilité forcée d'enseignants permanents, l'augmentation du temps d'enseignement, les fermetures et les fusions de classes et d'unités scolaires, et l'augmentation du nombre d'élèves par classe. Sans que la grève ait eu vraiment lieu (en fait, suite à la seule « menace » de faire grève), le gouvernement grec a recours à la mesure de réquisition des enseignants de l'enseignement secondaire. Quelques mois plus tard (en juillet 2013), la décision des ministères de l'Éducation et de la Réforme administrative de procéder à la mise en disponibilité de plus de 2 000 professeurs de certaines filières de l'enseignement (secondaire) technique provoque de nouveau une confrontation forte entre le ministère de l'Éducation et l'OLME ². En 2013 et en 2014, le pays connaît une vague de grèves dans le secteur de l'éducation concernant la mesure de la disponibilité : 1 540 enseignants restent en état de disponibilité en septembre 2014, et 85 autres ne reçoivent plus de salaire depuis mars 2014 (sans vraiment être licenciés). Depuis début 2014, une des mesures les plus contestées par les organisations syndicales dans le secteur de l'éducation est celle de l'évaluation des fonctionnaires. Les organisations syndicales tant de l'enseignement primaire que secondaire réagissent contre le décret présidentiel 152 de 2013 qui concerne l'évaluation des enseignants et des cadres de l'éducation. Les enseignants n'adoptent toutefois pas de position unanime envers l'évaluation, qui reste jusqu'alors assez problématique ³.

La période depuis septembre 2013 est aussi très tourmentée dans les universités

1. <http://www.ygeia360.gr/el/>.

2. Même le président de l'OLME (T. Kotsifakis), proche du parti d'opposition SYRIZA, fait partie des professeurs mis en disponibilité.

3. L'évaluation est mise en place en février 2014 ; au début, elle ne concerne que les cadres de l'éducation (ainsi que leur formation en matière d'évaluation des enseignants). Pour les enseignants, l'évaluation commence dès septembre 2014.

suite à l'annonce des ministères de l'Éducation et de la Réforme administrative de procéder à la mise en disponibilité d'environ 1 300 personnes issues du personnel administratif des huit universités (au final 1 036 personnes seront effectivement concernées). Dans plusieurs universités, les grèves du personnel administratif durent quasiment trois mois (de septembre à novembre), ce qui a pour résultat le dysfonctionnement des établissements. Les recteurs de nombreuses universités refusent pendant une longue période de fournir au ministère de l'Éducation une liste de noms d'employés qui doivent être mis en disponibilité et redéployés, tandis que d'autres décident de maintenir fermés leurs établissements. Dans certaines universités (Université d'Athènes, Université polytechnique), ceci a pour conséquence l'annulation des examens du premier semestre. Des grèves de moindre intensité ont aussi lieu en 2014, soit au niveau de certains établissements (surtout à l'Université d'Athènes et à l'Université polytechnique, d'où provient la majorité des employés mis en disponibilité), soit au niveau de la branche (ces grèves sont appelées par la Fédération du personnel administratif de l'éducation supérieure – ODPE). Le sujet de la mise en disponibilité reste ouvert et constitue un objet de confrontation avec les ministères concernés, surtout parce que l'avenir professionnel des personnes mises en disponibilité reste incertain. En juin 2014, le gouvernement annonce

un nouveau programme de mobilité qui concerne 600 personnes. Fin août 2014, le rapport d'un organisme privé ayant comme objectif de cartographier les besoins administratifs des universités paraît. Selon ce dernier, les universités grecques ne sont pas « surpeuplées » en matière de personnel administratif. Le ministre actuel de l'Éducation, Andréas Loverdos, fait donc la déclaration suivante dans la presse : « Il n'est pas question de licenciement pour le personnel administratif des huit universités du pays qui sont disponibles [...]. L'évaluation des organigrammes des huit universités a montré que nous avons besoin de plus de personnel administratif¹. »

À l'heure actuelle, les fonctionnaires (dont les travailleurs des secteurs de la santé et de l'éducation publiques) réagissent contre la mesure d'évaluation des compétences, prévue pour tous les fonctionnaires². ADEDY, avec le soutien de toutes les organisations syndicales du secteur public, a décidé de ne pas appliquer la procédure d'évaluation des fonctionnaires.

Toutefois, malgré la conflictualité incessante et qui s'intensifie dans les deux secteurs, les actions des organisations syndicales semblent souvent sans résultat concret, et peinent à influencer sur les décisions gouvernementales prises. On pourrait qualifier la situation de succession de « grandes batailles avec très peu des victoires », et ceci pour des raisons multiples, liées au contexte au sein duquel agissent

1. <http://www.tovima.gr/politics/article/?aid=625978>.

2. Le ministère de la Réforme administrative met en place un programme d'évaluation des compétences des fonctionnaires. L'organisation syndicale compétente (ADEDY) a fortement réagi à ce programme, avec lequel chaque directeur était censé classer ses employés en trois catégories : 25 % d'excellents, 60 % d'adéquats, 15 % d'inaptes. Les proportions étaient fixées à l'avance et ceux de la dernière catégorie risquaient d'être licenciés. Suite aux réactions syndicales, le devenir de ceux qui tombent dans la catégorie des 15 % a changé : aucun fonctionnaire ne sera licencié sur la base de son évaluation, ni ne subira de pénalités de salaire ou de changements de statut négatifs, mais l'évaluateur devra proposer des mesures concrètes pour améliorer l'efficacité des fonctionnaires.

les syndicats, mais aussi à des facteurs internes aux organisations syndicales. D'une part, sur des sujets où les injonctions de la troïka étaient les plus rigides, les mesures ont été introduites de manière unilatérale, sans négociation ni dialogue social. De plus, les attaques récentes à l'égard des droits syndicaux fondamentaux (négociation collective, grève, etc.) paraissent affaiblir le pouvoir d'action des organisations syndicales. D'autre part, les syndicats en Grèce doivent – outre les changements de contexte économique et politique – faire face à des problèmes internes structurels, tels que la crise de confiance et de représentativité, mais aussi à de fortes fragmentations et antagonismes politiques (Karakioulafis, 2012, 2013, 2015, à paraître).

Conclusion

La réforme et le recul du secteur public se trouvent « au cœur » des programmes d'ajustement économique de la troïka et concernent aussi des secteurs très sensibles – s'agissant des biens publics et touchant à des droits sociaux fondamentaux – tels que la santé et l'éducation. Ainsi, suite aux conditionnalités imposées par la troïka, les ministres grecs de la Santé successifs ont adopté une série des réformes qui, en grande partie, vont dans trois sens : mesures d'austérité économique par le biais de coupes dans les budgets publics de santé, restrictions de l'accès aux soins et plans de marchandisation de la santé publique. Toutes ces réformes ont été de nature très conflictuelle, provoquant une vague de réactions et de grèves. Les réactions des syndicats sont liées au fait que les coupes en matière de dépenses publiques de santé arrivent au moment où les besoins pour une santé publique augmentent,

accentuant les inégalités d'accès aux soins. Face au nombre croissant de personnes n'ayant pas accès aux soins de santé, le développement des réseaux de médecins – dispensaires – et de pharmacies solidaires est certes une solution pour une partie de la population sans couverture sociale, mais c'est une « solution » préoccupante, qui ne résout pas le problème en soi.

Le domaine de l'éducation a fait aussi l'objet de réformes et leur seul objectif est la diminution des dépenses publiques. Ceci a entraîné une détérioration des conditions et des relations de travail des enseignants, une baisse de la qualité de l'éducation publique et une augmentation des inégalités déjà existantes. Le développement des réseaux d'« éducation de l'ombre solidaire », ainsi que des dispensaires et des pharmacies solidaires, est un signe positif. Toutefois, ce relais de la société civile ne doit pas entériner le transfert des obligations de l'État vers la société et le recul de l'État social.

Sources :

Baeten R., Thomson S. (2012), « Politiques des soins de santé : débat européen et réformes nationales », in Natali D., Vanhercke B. (dir.), *Bilan social de l'Union européenne 2011*, Bruxelles, ETUI/OSE.

Burgi N. (2014), « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *P@ges Europe*, 15 avril 2014, La Documentation française, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/pages-europe/d000721-grece.-une-reforme-de-la-sante-aux-effets-pervers-par-noelle-burgi/article>.

Coriat B., Lantenois C. (2011), « L'imbroglie grec. La dette souveraine grecque prise au piège de la zone euro », Les économistes atterrés, 15 juillet, http://www.france-alter.info/Note_Atterres_Grece.pdf.

Economou C. (2012), *To thesmiko plaisio ton paroxon ygeias stin Ellada*, INE-GSEE, Athènes.

GRÈCE

- Garefi I., Kalemaki E. (2013), « Informal Citizen Networks: The case of Greece », A deliverable of the project: « The Theoretical, Empirical and Policy Foundations for Building Social Innovation in Europe » (TEPSIE), 7th Framework Programme, European Commission, Brussels.
- Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H., Kalofonos H.P. (2013), « Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care », *Health Policy*, vol. 113, n° 1-2, November, p. 8-12.
- Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H., Kalofonos H.P. (2014), « Physicians' Brain Drain in Greece: A Perspective on the Reasons Why and How to Address It », *Health Policy*, vol. 117, n° 2, August, p. 210-215.
- Ioannou C. (2013), « Greek Public Service Employment Relations: A Gordian Knot in the Era of Sovereign Default », *European Journal of Industrial Relations*, vol. 19, n° 4, December, p. 295-308.
- Kanep-GSEE (2014), *Dimosies kai idiotikes dapanes gia thn ekpaidefsi se periballon oikonomikis krisis*, KANEP-GSEE, Athenes.
- Karakioulafis C. (2012), « Les syndicats grecs dans le contexte de crise économique », *Les Mondes du Travail*, n° 12, novembre, p. 77-88.
- Karakioulafis C. (2013), « Grèce. Les syndicats dans la ligne de mire de la troïka », n° spécial, « Les syndicats face à la nouvelle gouvernance européenne », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 143-144, novembre, p. 121-132.
- Karakioulafis C. (2015), « Les plans d'austérité imposés à la Grèce : impact sur les droits sociaux et syndicaux et réactions syndicales », *Revue Interventions économiques*, à paraître.
- Karamessini M. (2010), « Grèce. Crise de la dette publique et thérapie de choc en Grèce », n° spécial, « L'État social à l'épreuve de l'austérité », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, p. 122-136.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Makenbach J.P., McKee M. (2013), « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, n° 381, April, p. 1323-1331.
- Kentikenelis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), « Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801, October, p. 1457-1458.
- Kentikenelis A., Papanicolas I. (2012), « Economic Crisis, Austerity and the Greek Public Health System », *European Journal of Public Health*, vol. 22, n° 1, February, p. 4-5.
- Kentikenelis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014), « Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism », *The Lancet*, vol. 383, n° 9918, February, p. 748-753.
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., Benos A. (2013), « Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 6, June, p. 973-979.
- Kotronaki L. (2014), « Réappropriation démocratique : la forme Occupy », in Burgi N. (dir.), *La grande régression. La Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 175-190.
- Matsaganis M. (2013), « La crise de l'État providence dans les pays de la rive nord de la Méditerranée », *Annuaire IEMed. de la Méditerranée 2013*, Institut européen de la Méditerranée, Barcelone.
- Médecins du Monde (2013), *Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/A-I-International/L-access-aux-soins-en-Europe-en-temps-de-crise-et-de-montee-de-la-xenophobie>.
- OECD (2014), « Country Note: Greece », *Education at a glance. OECD Indicators*, OECD Publishing.
- Petropoulou C. (2013), « "Alternative Networks of Collectivities" and "Solidarity-cooperative Economy" in Greek Cities: Exploring their Theoretical Origins », *Journal of Regional & Socio-Economic Issues*, vol. 3, n° 2, June, p. 61-85.
- Poinssot A. (2012), « Grèce. Un système de santé en cause », *P@ges Europe*, 16 janvier, La Documentation française : <http://ladocumentationfrancaise.fr/pages-europe/d000439-grece.-un-systeme-de-sante-en-crise-par-amelie-poinssot/article>.
- Rakopoulos T. (2014), « The Crisis Seen From Below, Within, and Against: From Solidarity Economy to Food Distribution Cooperatives in Greece », *Dialectical Anthropology*, June, vol. 38, n° 2, p. 189-207.

Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. (2002), « Reforming the Reform – The Greek National Health System in Transition », *Health Policy*, vol. 62, n° 1, October, p. 15-29.

Zambeta E. with the assistance of Kolofousi A. (2014), « Education and Social Solidarity in Times of Crisis: The Case of Voluntary Shadow Education in Greece », *Education Inquiry*, vol. 5, n° 1, March, p. 69-88.

Zavras D., Tsiantou V., Pavi E., Mylona K., Kyriopoulos J. (2013), « Impact of Economic Crisis and Other Demographic and Socio-economic Factors on Self-rated Health in Greece », *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 2, April, p. 206-210.